

ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE PER SPESE SANITARIE

- L'Anticipazione è concessa all'aderente per le spese sanitarie a seguito di gravissime situazioni relative a sé, al coniuge e ai figli per terapie e interventi riconosciuti e attestati dalle competenti strutture pubbliche.
- Le somme erogate a titolo di Anticipazione possono essere utilizzate anche per la copertura delle spese accessorie connesse alla terapia o all'intervento, purché debitamente documentate, quali le spese di viaggio e di soggiorno sostenute dall'aderente e quelle sostenute dal familiare per prestare assistenza all'aderente beneficiario della prestazione.
- L'Anticipazione sarà riconosciuta nell'ipotesi in cui la spesa sanitaria gravi sul reddito dell'iscritto e, dunque, anche nel caso in cui le terapie, l'assistenza o gli interventi riguardino il coniuge, i figli o i familiari fiscalmente a carico dell'aderente.
- L'Anticipazione può essere richiesta entro 180 giorni dall'effettuazione della spesa.
- **Ai fini dell'accoglimento delle richieste di Anticipazione, la documentazione da produrre da parte dell'aderente è la seguente:**
 - a. **copia dichiarata conforme all'originale dall'iscritto** con apposizione della propria firma del **documento d'identità**,
 - b. **certificazione a cura della struttura pubblica** competente (ASL, ospedali, medico di base del SSN) del carattere straordinario della terapia o dell'intervento (vedi modulo allegato);
 - c. copia dichiarata conforme all'originale dall'iscritto con apposizione della propria firma delle **fatture o ricevute fiscali** intestate all'interessato relative agli oneri effettivamente sostenuti e rispondenti ai requisiti richiesti dalla normativa fiscale;
 - d. il Fondo, valutata la particolare necessità e urgenza delle spese documentate da idonea previsione di spesa può corrispondere all'aderente le somme necessarie prima della terapia o dell'intervento, fermo restando l'obbligo di presentare successivamente la documentazione fiscale comprovante la spesa effettivamente sostenuta (vedi sotto);
 - e. se l'anticipazione viene richiesta per spese sanitarie effettuate per il coniuge o per figli **certificato di stato di famiglia**, rilasciato dal comune di residenza, **attestante il rapporto di parentela**.
- In caso di richiesta di anticipazione **sulla base di preventivo**, l'aderente dovrà sottoscrivere una dichiarazione di assunzione di tutte le responsabilità (compilare l'apposita dichiarazione) con l'obbligo di presentare successivamente la documentazione fiscale comprovante la spesa effettivamente sostenuta.
- L'attestazione rilasciata dalle strutture pubbliche non preclude all'aderente la possibilità di scelta della struttura sanitaria, anche privata, italiana od estera, presso la quale effettuare la terapia o l'intervento.

Modalità di pagamento:

- **Conto corrente intestato all'iscritto**: allegare la copia dichiarata conforme all'originale con apposizione della propria firma del documento di identità.
- **Conto corrente non intestato all'iscritto**: compilare e firmare il modulo allegato ***ESONERO DI RESPONSABILITÀ*** e allegare la fotocopia autenticata del documento d'identità.
- **Assegno**: compilare e firmare il modulo allegato ***ESONERO DI RESPONSABILITÀ*** allegando la copia dichiarata conforme all'originale con apposizione della propria firma del documento di identità.

Il Fondo provvede, verificata la regolarità e completezza della documentazione, all'erogazione dell'Anticipazione entro 90 giorni dalla ricezione della stessa. Qualora la documentazione prodotta risulti irregolare o incompleta, il Fondo invia all'aderente richiesta di integrazione; in tal caso, il suddetto termine di 90 giorni decorrerà nuovamente dalla data di completamento della documentazione.

Le somme erogate a titolo di Anticipazione possono essere reintegrate dall'aderente, ai sensi dell'art. 11, comma 8 del D. Lgs. 252/2005, in qualsiasi momento, anche mediante contribuzioni annuali eccedenti il limite di deducibilità di euro 5.164,57. Il versamento dovrà essere eseguito tramite bonifico bancario con causale "Reintegro anticipazioni" seguito dal codice fiscale dell'aderente. (Per il trattamento fiscale delle anticipazioni reintegrate vedi il DOCUMENTO SUL REGIME FISCALE).

Nota bene: le somme percepite a titolo di anticipazione non possono mai eccedere, complessivamente, il 75% della posizione individuale maturata, incrementata delle precedenti anticipazioni percepite e non reintegrate. Per ulteriori dettagli vedi il documento sulle anticipazioni e sul regime fiscale.

In presenza di un contratto di finanziamento e in assenza della liberatoria, l'anticipazione sarà liquidata nei limiti dei 4/5 dell'importo netto spettante direttamente all'aderente (art. 11 comma 10 del D. Lgs. 252/2005 e gli Orientamenti Covip), il restante 1/5 alla finanziaria su richiesta della stessa. In mancanza di tale richiesta il quinto di cui sopra sarà trattenuto sulla posizione dell'iscritto a garanzia del debito residuo.

L'incompleta compilazione o la mancata sottoscrizione dei moduli e della documentazione allegata o la sua incompletezza comportano il rigetto della domanda presentata.

PRIMA DI TRASMETTERE LA DOMANDA AL FONDO È NECESSARIO:

- 1) Compilare e firmare i moduli.**
- 2) Allegare la documentazione richiesta.**

**Spedire con RACCOMANDATA AR a:
Previcoper - Via C. B. Piazza 8 00161 ROMA**

DICHIARAZIONE ASL O MEDICO DI BASE DEL SSN

Per richiedere al Fondo Pensione Previcoper un'anticipazione per spese sanitarie a seguito di gravissime situazioni relative a sé, al coniuge e ai figli per terapie e interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche

**A PREVICOOPER
Fondo Pensione Complementare
Via C. B. Piazza, 8
00161 ROMA**

In relazione alla domanda presentata dal Vs. iscritto:

Cognome e nome _____

nato/a a _____ il _____

**al fine di ottenere un'anticipazione dei contributi accumulati nel Fondo Pensione,
ai sensi della normativa vigente**

SI DICHIARA

che il sig./sig.ra _____
(riportare il nome dell'iscritto al Fondo Pensione
o del familiare fiscalmente a carico dell'iscritto e la relazione di parentela)

deve sostenere **terapie/interventi aventi carattere di necessità e straordinarietà**
per:

(sotto il profilo medico ed economico)

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO DEL SSN
(completo di codice regionale)

_____ **li** _____.

ISTRUZIONI E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

- *La certificazione di cui all'oggetto può essere rilasciata anche dal medico di base del SSN o da Istituti o Cliniche convenzionate.*
- *In caso di spese sostenute per familiare fiscalmente a carico, allegare stato di famiglia rilasciato dal comune di residenza attestante il rapporto di parentela con l'iscritto.*
- *Con la sottoscrizione del presente modulo, si autorizza il Fondo Pensione al trattamento dei dati personali e alla comunicazione dei medesimi a società incaricate dal Fondo dell'attività di gestione. Si informa, ai sensi del D. Lgs. n. 196/03, che i dati richiesti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.*



PREVICOOOPER
 FONDO PENSIONE COMPLEMENTARE
 N. 102 ALBO FONDI PENSIONE
 VIA C. B. PIAZZA 8 00161 ROMA
 0644254842 FAX 0644118106
 MAIL PREVICOOOPER@PREVICOOOPER.IT

RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE

RISERVATO A PREVICOOOPER

PROT. _____

DATA _____

ESONERO DI RESPONSABILITÀ

Per richiesta di liquidazione con accredito su conto corrente intestato ad altra persona nel caso in cui l'iscritto non abbia un conto corrente per l'accredito dell'importo dovuto.

Spett.le
PREVICOOOPER
 Via C. B. Piazza, 8
 00161 ROMA

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione, io sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____ e residente in Via _____ n. ____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

non disponendo di un conto corrente bancario e/o postale a me intestato sul quale possa essere corrisposto quanto a me dovuto dal Fondo a seguito della richiesta di **anticipazione** della posizione individuale maturata, espressamente manifesto il mio consenso all'accredito sulle coordinante bancarie di altra persona da me indicata con il modulo e

DICHIARO

di esonerare il Fondo da ogni responsabilità comunque connessa a tale accredito, restando inteso sin d'ora che, ogni eccezione rimossa, io sottoscritto mi obbligo ad assumere personalmente ogni conseguenza.

Allego copia autenticata del documento d'identità.

In fede,

Luogo e data, _____

Firma _____



PREVICOOOPER
 FONDO PENSIONE
 COMPLEMENTARE
 N. 102 Albo Fondi Pensione
 VIA C. B. PIAZZA 8 00161 ROMA
 0644254842 FAX 0644118106
 mail previcooper@previcooper.it

RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE

RISERVATO A PREVICOOOPER

PROT. _____

DATA _____

ESONERO DI RESPONSABILITÀ

Per richiesta di liquidazione tramite assegno bancario nel caso in cui l'iscritto non abbia un conto corrente per l'accredito dell'importo dovuto

Spett.le
PREVICOOOPER
Via C. B. Piazza, 8
00161 ROMA

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione, io sottoscritto / a
 _____ nato/a _____ il
 _____ e residente in Via _____ n. ____ Cap _____
 Città _____ Prov. _____

non disponendo di un conto corrente bancario e/o postale sul quale possa essere corrisposto quanto a me dovuto dal Fondo a seguito della richiesta di **anticipazione** della posizione individuale maturata, espressamente manifesto il mio consenso affermando che benché sia stato reso ben edotto da parte del fondo dei rischi connessi alla spedizione, a mezzo posta, dell'assegno circolare non trasferibile sia per il ritardo che per l'eventuale sottrazione dell'assegno stesso,

DICHIARO

di esonerare il Fondo da ogni responsabilità comunque connessa all'invio dell'assegno circolare non trasferibile, con posta prioritaria a mezzo del servizio postale, restando inteso sin d'ora che, ogni eccezione rimossa, io sottoscritto mi obbligo ad assumere personalmente ogni conseguenza, adoperandomi personalmente presso il servizio postale e presso ogni altra autorità, sopportandone anche i relativi costi e oneri di ogni specie, sia nell'espletamento richiesto e di ogni successivo adempimento, ma anche in particolar modo per la successiva fase della procedura di ammortamento del titolo di credito sottratto (o smarrito) e nelle eventuali relative cause di opposizione da parte di terzi, o comunque connesse alla sottrazione e/o alla perdita del titolo di credito, obbligandomi quindi a fare tutto quanto sarà ritenuto necessario affinché, da parte del Fondo, possa essere disposta una nuova procedura di pagamento.

Allego fotocopia, dichiarata conforme all'originale con apposizione della mia firma, del documento d'identità.

In fede,

Luogo e data, _____ Firma _____